



**Universidad
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza
Escuela de Enfermería de Huesca**

Trabajo Fin de Grado

**Revisión bibliográfica: Cuidados de
enfermería en la prevención del suicidio**

**Bibliographic review: Nursing care in
suicide prevention**

Autora:

Elisa Blasco Garcés

Directora:

M^a Eugenia Estrada Fernández

2020/2021

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
<i>Justificación</i>	6
OBJETIVOS	7
METODOLOGÍA	7
DESARROLLO	11
CONCLUSIONES	19
BIBLIOGRAFÍA	20
ANEXOS	26
ANEXO I	27
ANEXO II	28
ANEXO III	31
ANEXO IV	32
ANEXO V	33
ANEXO VI	34
ANEXO VII	36
ANEXO VIII	40
ANEXO IX	42
ANEXO X	44
ANEXO XI	45
ANEXO XII	46
ANEXO XIII	47
ANEXO XIV	48

RESUMEN

Introducción: El suicidio es un problema de salud que se cobra la vida de casi un millón de personas al año, llegando a duplicar las cifras si se contabilizan los intentos de suicidio. A pesar de que diferentes organizaciones se han implicado en la reducción de este problema, los gobiernos, en concreto España, no poseen ninguna política de prevención del suicidio eficaz.

Objetivos: El objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica que permita poner en conjunto todos los aspectos relacionados con los cuidados de enfermería ante un paciente suicida.

Metodología: Se realiza una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos para analizar la realidad del suicidio: factores de riesgo y protección, escalas de diagnóstico y cuidados de enfermería durante la hospitalización, además de la consulta de diferentes guías especializadas y libros.

Desarrollo: La labor de enfermería en la prevención del suicidio comienza por conocer los factores de riesgo más importantes. La evaluación objetiva mediante las diferentes escalas validadas permite al personal saber la situación de riesgo en la que se encuentra el paciente. Durante la hospitalización, es de vital importancia llevar a cabo una valoración completa en la que se incluya toda la información relacionada con el intento de suicidio para poder adecuar el tratamiento y seguimiento de la mejor manera posible.

Conclusiones: Conocer los diferentes factores de riesgo de una patología tan predominante es el primer paso en la prevención primaria. Enfermería debe llevar a cabo una valoración individual exhaustiva del paciente, además de proporcionarle una vigilancia y seguridad durante su estancia hospitalaria. El seguimiento a posteriori del paciente tras el alta es una de las medidas más efectivas que disminuyen el riesgo de recaídas.

PALABRAS CLAVE: Suicidio, enfermería, prevención, plan de cuidados.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is a health problem that kills almost a million people per year, doubling the numbers if suicide attempts are counted. Despite the fact that different organizations have been involved in reducing this problem, governments, specifically Spain, do not have an effective suicide prevention policy.

Objectives: The objective of this work is to elaborate a bibliographic review that allows to put together all the aspects related to nursing care about a suicidal patient.

Methodology: A bibliographic review is developed in different databases to analyze the reality of suicide: risk and protection factors, diagnostic scales and nursing care during hospitalization, in addition to consulting different specialized guides and books.

Development: Nursing work in suicide prevention begins by knowing the most important risk factors. The objective evaluation using the different validated scales allows the nurse to know the risk situation in which the patient is. During hospitalization, it is vitally important to make a complete valuation that includes all the information related to the suicide attempt in order to adapt the treatment and monitoring in the best possible way.

Conclusions: Knowing the different risk factors for such a predominant pathology is the first step in primary prevention. Nursing also, must be able to evaluate the individual protective factors of each person. In order to provide effective care and reduce suicide rates in patients at risk, nursing must accomplish a thorough individual valuation of the patient, in addition to providing vigilance and security during their hospital stay. The subsequent checking of the patient after discharge is one of the most effective measures that reduces the risk of relapse.

KEY WORDS: Suicide, nursing, prevention, health care planning.

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, aproximadamente 800.000 personas se suicidan al año, produciendo más muertes que los homicidios y las guerras juntos. Esto se traduce en una muerte por suicidio cada 40 segundos (1-3). La tasa europea de suicidio llega a 13,9 muertes por 100.00 habitantes siendo los países con mayor ratio Lituania, Eslovenia, Letonia, Hungría, Bélgica, Finlandia y Francia (1-3,4).

A pesar de que España se sitúa entre los países europeos con las menores tasas de suicidio, se calcula que ocurre uno cada dos horas y media, sumando un total de 10 actos al día. Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2018 se suicidaron 7,5 personas por cada 100.000, un total de 3.539 personas. Las provincias que más tasa de suicidio tienen son Jaén, Asturias, Lugo, A Coruña, Soria, Ávila y Huesca (2,5) (ANEXO I).

Por la intensidad y frecuencia de este fenómeno, llega a considerarse la primera causa de muerte no natural en España, duplicando los accidentes de tráfico, multiplicando por 13 los homicidios y por 60 las muertes por violencia de género. Además, se considera que muchas muertes bajo causas externas como ahogamientos o accidentes de tráfico, pueden enmascarar intentos para finalizar voluntariamente su vida que, por diversos motivos, no se atribuyen a esta causa. Estas cifras únicamente son representativas ya que se sospecha que el número de tentativas de suicidio puede ser 20 veces superior al de actos consumados (2,5,6).

La causa que motiva un suicidio es un momento de crisis propiciado por problemas económicos (32%), problemas de pareja (25,8%), problemas psiquiátricos (19,1%) y finalmente los conflictos familiares (11,2%) (7).

En 2014 la OMS publicó un informe titulado "Prevención de suicidio: un imperativo global" con el cual pretende aumentar la sensibilización de la población y alentar a todos los países a que desarrollen estrategias de prevención del suicidio. En el Plan de Acción de la OMS de 2013 – 2020 los diferentes Estados Miembros se comprometieron a disminuir las tasas de suicidio un 10% para 2020 (1).

En 2006 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la "Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud" elaborada para 2009 - 2013 cuyos objetivos son la prevención de la enfermedad mental y el suicidio entre otros. A pesar de ello, no existe en España ningún plan de actuación nacional, únicamente existen iniciativas locales (2,8-10).

Justificación

El suicidio es uno de los problemas de salud más incidentes en la sociedad actual. La gran cantidad de estigma que gira en torno él, impide su aceptación por parte de la sociedad, asumiendo así la dificultad en la que se ven inmersos los pacientes que tienden a esconder sus ideas y pensamientos, siendo así reacios a buscar ayuda.

El suicidio es prevenible y para ello, se debe dotar al personal sanitario de la información adecuada sobre cómo tratar a este tipo de pacientes, además de eliminar los mitos que existen.

Este trabajo pretende recoger toda la documentación publicada actualizada y necesaria que el personal de enfermería debe conocer para poder tratar con este tipo de pacientes, además de reducir el tabú que acompaña en torno al suicidio para poder realizar los mejores cuidados enfermeros individualizados, y disminuir así la incidencia y el número de recaídas.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Realizar una revisión bibliográfica sobre publicaciones científicas en relación con el suicidio y el papel de enfermería.

Objetivos específicos:

- Conocer los factores de riesgo, protectores y señales de alarma del suicidio en cada uno de los niveles de prevención.
- Enumerar las posibles escalas validadas en la valoración del riesgo de suicidio.
- Analizar la actuación enfermera ante un paciente con intento de suicidio previo y su tratamiento hospitalario.
- Describir las posibles intervenciones de enfermería al alta del paciente.

METODOLOGÍA

Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre la prevención del suicidio, su tratamiento y seguimiento. El tiempo de búsqueda comienza desde el mes de diciembre de 2020 hasta el mes de enero de 2021. En primer lugar, se obtuvieron las palabras clave utilizadas para realizar el trabajo a través de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): "suicidio", "enfermería", "prevención", "plan de cuidados". Las palabras clave se relacionaron en la búsqueda mediante el uso del operador booleano "AND".

Se utilizaron diferentes bases de datos entre las que se encuentran ENFISPO, CUIDATGE, CUIDEN, IBECS, CSIC, LILACS, MEDLINE, sCIELO, WOS y DIALNET. Además de diferentes guías publicadas por la OMS, y páginas web especializadas en el tema como el Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias, el Teléfono de la Esperanza y la Comunidad de Madrid.

Para la elección de artículos se utilizaron los criterios de inclusión y de exclusión que se muestran en la siguiente tabla (tabla 1).

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos en español e inglés.	Artículos en idiomas diferentes al español e inglés.
Artículos publicados entre el año 2010 y 2020.	Antigüedad máxima de 10 años desde el inicio de la fecha de búsqueda.
Artículos que traten únicamente del suicidio y su relación con las actuaciones de enfermería.	Artículos que traten de otros problemas mentales que no sean el suicidio.

Fuente: elaboración propia

En la siguiente tabla 2, se muestran los resultados de la búsqueda de artículos en las diferentes bases de datos escogidas tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Tabla 2. Búsqueda y selección de los artículos según las palabras clave.

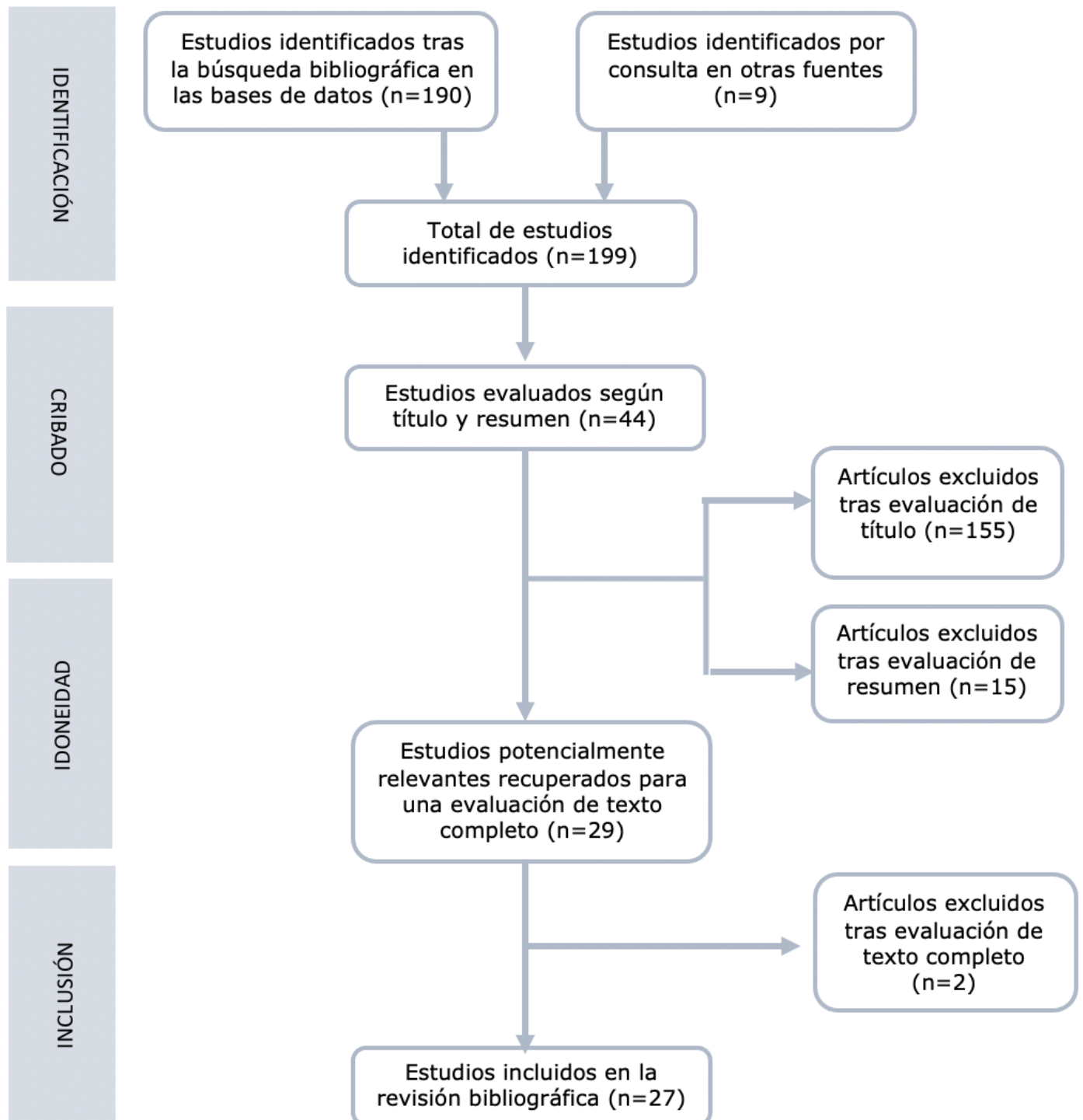
BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVE	ARTÍCULOS ENCONTRADOS	ARTÍCULOS SELECCIONADOS
ENFISPO	"prevención" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	9	4
	"enfermería" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	8	0
CUIDATGE	"prevención" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	5	1
	"enfermería" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	3	1

CUIDEN	"prevención" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS] AND "enfermería" [DeCS]	6	4
	"enfermería" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	20	2
	"plan de cuidados" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	5	1
IBECS	"prevención" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	9	2
	"enfermería" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	11	0
CSIC	"prevención" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	5	4
LILACS	"prevención" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	10	0
	"enfermería" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	6	3
	"cuidados" [DeCS] AND "enfermería" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	10	1
MEDLINE	"prevención" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	9	3
sCIELO	"prevención" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	30	3
Wos	"prevención" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	9	1
DIALNET	"prevención" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS] AND "enfermería" [DeCS]	17	3
	"cuidados" [DeCS] AND "enfermería" [DeCS] AND "suicidio" [DeCS]	18	2

Fuente: elaboración propia

Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión de los 199 artículos totales obtenidos, y realizar una lectura crítica de los 29 artículos seleccionados, se escogieron 27 para realizar la revisión bibliográfica (ANEXO II) (ver figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo: Identificación de estudios a través de la revisión bibliográfica



Fuente: elaboración propia

DESARROLLO

El suicidio es un grave problema de salud y para evitarlo, es necesario que enfermería conozca y aplique, en los distintos niveles de prevención, los cuidados individuales más efectivos.

La prevención primaria tiene como objetivo la prevención comunitaria mediante las campañas de sensibilización a la vez que la protección de las personas que poseen factores de riesgo con o sin signos de conducta suicida (11).

Por otro lado, la prevención secundaria busca la detección precoz de las personas en riesgo, además de dar los cuidados más adecuados durante el tratamiento hospitalario (11,12).

Finalmente, la prevención terciaria incluye las actividades necesarias para evitar la incidencia de las recaídas. El proceso de rehabilitación requiere de un enfoque multidisciplinar junto con la ayuda de la familia (11,12).

1. PREVENCIÓN PRIMARIA

La identificación de factores de riesgo por parte del personal sanitario puede reducir la probabilidad de aparición de las conductas suicidas. Este fenómeno tiene origen multifactorial, resultando una confluencia de distintos factores biográficos, psicológicos, socioeconómicos y ambientales (13) (ANEXO III).

1.1. Factores de riesgo

- *Factores biográficos*

El suicidio consumado tiene más prevalencia en el sexo masculino, siendo las mujeres las que tienen mayor ideación y son ellas las que realizan mayores tentativas de suicidio sin llegar a consumarlo (8,14-16) (ANEXO IV).

Por otro lado, el pico de incidencia de suicidio en hombres es en torno a los 75 años y en las mujeres entre los 55 y 65 años. La mayor tasa de suicidio en jóvenes se aprecia entre los 15 y 24 años (14,15,17).

A su vez, las personas divorciadas y viudas son las que tienen mayor riesgo seguidas de los solteros y los casados sin hijos, siendo los que menor riesgo tienen, las personas casadas con descendencia (14-16,18).

Además de lo anterior, existe un mayor peligro de suicidio en personas que padecen enfermedades crónicas de larga duración como dolor crónico, cáncer, enfermedades cardiorrespiratorias, infección por VIH y diagnóstico de enfermedad terminal (7,8,10,14,16,19).

- *Factores psicológicos*

Está demostrado que un 90% de las personas que realizan un suicidio consumado padecían previamente una enfermedad de salud mental. Destacan trastornos afectivos como la depresión o el trastorno bipolar tipo II, la ansiedad, los trastornos de personalidad, la esquizofrenia y los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia y la bulimia (7,8,10,14-21).

Hay que destacar que un factor de riesgo importante, son las tentativas de suicidio previas, ya que estas son mucho más frecuentes en los casos de suicidio consumado. La repetición de intentos es el factor predictivo más potente a corto plazo, siendo un 10 – 15% de las tentativas las que consuman el suicidio en los 10 años posteriores. Existe 25 veces más probabilidad de morir por suicidio si se ha realizado un intento previo que en resto de la población en general (7,8,10,11,13,15,17,18).

Otros factores que aumentan el peligro son el maltrato físico, los abusos sexuales o eventos traumáticos en la infancia y adolescencia, la falta de apoyo socio – familiar, una mala relación con los padres, la pérdida de un ser querido, violencia dentro de la familia, antecedentes familiares de suicidio, situación de duelo, el acoso y la discriminación (7,8,10-12,16,18,19,22-24).

También aspectos relacionados con la personalidad como la agresividad y la impulsividad, irritabilidad, hostilidad, ansiedad, baja autoestima, desesperanza, introversión, escaso afrontamiento de problemas, sentimientos de inutilidad, pesimismo, dependencia y labilidad emocional están relacionados con el aumento del riesgo de suicidio (7,8,10-12,16-22).

- *Factores socioeconómicos y ambientales*

El consumo de alcohol y drogas contribuye al aumento de la morbilidad y del riesgo, además del acceso a pesticidas o armas de fuego. Otros factores que favorecen la incidencia de este hecho son los problemas legales, disponer de una baja situación económica, el desempleo, sufrir acoso laboral, estrés social y ambiental. Además, se incluyen la falta de estudios, abandono de la escuela, jubilación, el vivir solo y la dificultad de acceso a los servicios sociosanitarios (6-8,10,11,16-19,22,23).

1.2. Factores de protección

A parte de los factores de riesgo, resulta de interés conocer aquellos factores que protegen a la persona de consumir un suicidio. Entre ellos destacan:

- Habilidad en la resolución de conflictos y problemas (8,10,23-26).
- Buena autoestima y confianza en uno mismo (8,10,23-26).
- Buenas habilidades en las relaciones sociales (8,10,18,23-25).
- Estrategias de afrontamiento positivas (10,23,24,26).
- Creencias religiosas (8,10,18,23,24,26).
- Flexibilidad cognitiva (24,25).
- Apoyo sociofamiliar (8,10,18,23,24,26).
- Cohesión de grupo y familiar (23,24).
- Búsqueda de consejo y ayuda cuando surge dificultades (23,26).
- Receptividad hacia experiencias y soluciones de otras personas (23).
- Autoconcepto positivo (24).
- Autocontrol emocional (10,24).
- Estabilidad emocional y optimismo (10,26).
- Modos de vida saludables (10,26).
- Resiliencia (7,10).

1.3. Señales de alerta

No todas las personas que valoran quitarse la vida voluntariamente hablan de manera abierta. Por lo tanto, el personal sanitario también debe de conocer cuáles son las señales de alerta que pueden indicar que una persona esté planeándolo (ANEXO V).

Estás señales pueden ser *verbales* como:

- Comentarios negativos sobre su futuro, expresando sentimientos de impotencia, desesperanza o depresión (8,23,27).
- Despedidas verbales o escritas (8,23,27).
- Amenazas o comentarios a personas cercanas sobre el suicidio y la muerte (8,23,27).

A su vez pueden existir señales *no verbales* que incluyen:

- Cambios repentinos en la conducta como irascibilidad, irritabilidad, aumento de la ingesta de alcohol y calma repentina después de un momento de agitación (8,23,27).
- Alternancias en el estado de ánimo como mejoras repentinas e inesperadas después de estados de depresión. Esto puede indicar que la persona ya ha tomado la decisión de suicidarse (27).
- Cerrar asuntos pendientes, organizar documentos, cerrar cuentas en redes sociales, etc. (8,23,27).
- Aislamiento personal y social, pérdida de interés por sus aficiones, apariencia personal y obligaciones laborales (8,16,27).
- Recolección de información de cómo suicidarse y de los métodos lesivos, además de la adquisición de los posibles métodos que va a utilizar (8,27).
- Aparición de lesiones recientes en alguna parte del cuerpo (23).
- Patrones anormales del sueño como no dormir o dormir constantemente (8).

1.4. Campañas de sensibilización

Una buena manera de disminuir el tabú que existe sobre el suicidio consiste en realizar campañas informativas, tanto a personal sanitario como al resto de la sociedad en general. De esta manera, se conseguirá sensibilizar a la gente, reducirá la estigmatización y facilitará el diagnóstico (3,8,14,16,19,23,27) (ANEXO VI).

2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

2.1. Escalas de valoración del riesgo de suicidio

Una herramienta eficaz para el personal sanitario por su fácil acceso y por la disponibilidad para poder realizarlo, es la aplicación de escalas que supongan que, de una manera fácil y rápida, permita valorar el riesgo de suicidio para realizar una detección precoz.

Las escalas más citadas incluyen la *escala de ideación suicida* (SSI) (8,10,12,15,16,24,28), la *escala de desesperanza de Beck* (BHS) (8,10,16,19,24,33), la *escala de Plutchik* (10,12,22) y la *escala SAD PERSONS* (8,10,29).

- *La escala de ideación suicida o SSI* (Beck, Kovacs y Weissman, 1979) evalúa y cuantifica la intensidad, grado y severidad de la presencia de ideación suicida, además de su frecuencia, duración y la actitud del paciente ante ella. La escala se aplica en el momento de mayor crisis del paciente que puede coincidir ser actual o pasada (8,10,15,16,19,24,28) (ANEXO VII).
- *La escala de desesperanza de Beck o BHS* (Beck, Weissman y Lester, 1974) evalúa, sin embargo, el grado de desesperanza de una persona, el pesimismo personal y las expectativas negativas hacia el futuro a corto y largo plazo. Se trata de un indicador indirecto del riesgo de suicidio (8,10,16,24) (ANEXO VIII).
- *La escala de Plutchik* (RS, 1989) valora el riesgo de suicidio, los intentos previos, la intensidad de la ideación suicida actual y los sentimientos de depresión y desesperanza (10,12,22) (ANEXO IX).
- *La escala SAD PERSONS* (Patterson y cols., 1983) examina la presencia o ausencia de 10 factores para tener en cuenta en la evaluación del riesgo de suicidio. Está indicada en situaciones de crisis y procesos agudos (8,10,29) (ANEXO X).

2.1. Cuidados de enfermería durante la hospitalización

Al ingreso de un paciente con intento de suicidio, es el personal de enfermería quien hace la primera toma de contacto. Para poder establecer una correcta actuación, es necesario realizar una completa valoración inicial que permita establecer un plan de cuidados individualizado (8,30).

- *NIC [6340] Prevención del suicidio*

Enfermería debe indagar sobre el intento de suicidio, qué sentimientos o pensamientos hicieron tomar la decisión, porqué quería suicidarse, el objetivo que pretendía alcanzar, si tenía un plan preciso de actuación o que métodos lesivos pretendía usar, etc. Es importante además, prestar atención a los signos no verbales del paciente durante la valoración y a la actitud que toma ante las preguntas que se le plantean (13,16-19) (ANEXO XI). A su vez, resulta de importancia integrar a la familia y allegados en la estimación para conocer y responder a las preguntas planteadas (8,19,30).

Una vez realizada la valoración inicial, enfermería evaluará el riesgo de suicidio existente para adoptar una serie de precauciones ambientales que permitan proteger al paciente durante su estancia en la unidad entre las que se incluyen:

- *Retirada de objetos potencialmente peligrosos* como cinturones, medias, cordones, cables, medicamentos, objetos punzantes, etc. Se debe informar a la familia o acompañantes sobre las medidas de seguridad e indicar que no introduzcan ningún objeto potencialmente peligroso. Los objetos que el paciente tenga en su habitación deben ser siempre los mismos y permanecer intactos (12,16-19,31).
- *Inspección periódica de los objetos personales y habitación del paciente* en busca de objetos potencialmente letales como cubiertos, cristales de gafas, jabones, etc. (12,14,17,32).
- *Restringir el acceso a determinadas zonas o salidas de la unidad.* Se pactará con el paciente la utilización de determinados espacios para hacer su estancia segura evitando ventanas, y si es necesario, restringiendo las salidas de la unidad (12).

- *Establecer un nivel de vigilancia según el riesgo evaluado* del paciente que incluya vigilancia constante, adjudicación de una habitación cerca del control de enfermería e incluso, si el riesgo es muy elevado, contención mecánica. Se adjudicará a un miembro del equipo que lo vigile en momentos determinados como pueden ser urgencias, cambios de turno o ingresos (12,16-18,21,31,32).
- *Control de la medicación.* Enfermería se debe asegurar que el paciente toma la medicación pautaada en el momento adecuado y, si es necesario, realizar un control bucal. Con esto se pretende evitar que el paciente acumule pastillas. Se recomienda dar al paciente agua en vez de zumo o leche para asegurarnos de que se toma la medicación y que espere unos 15 minutos después de la toma en una zona común. En caso de medicación tópica, siempre debe ser administrada por enfermería y guardada después de su aplicación (12,17,31,32).

- *NIC [5230] Mejorar el afrontamiento, NIC [5270] Apoyo emocional*

El tratamiento por parte de enfermería se trata de mantener una correcta relación terapéutica con la cual el paciente se sienta cómodo para expresar las ideas y sentimientos. Se ha comprobado que una buena comunicación, mejora la ansiedad y permite al paciente sentirse comprendido (12,16,21,32) (ANEXO XII).

Por otro lado, el enfoque psicoterapéutico cognitivo – conductual ha resultado ser el más eficaz en el tratamiento. De esta forma, el paciente aprende estrategias de afrontamiento y control del estado de ánimo. El personal de enfermería también puede contribuir a la enseñanza mediante la relajación progresiva, entrenamiento de la asertividad y/o control de impulsos (8,10,12,13,17-21,33).

A pesar de ello, se debe tratar al suicidio como un conjunto de factores, no como un hecho aislado. En determinados casos, es necesario iniciar tratamiento farmacológico. Por esa razón, el equipo de enfermería debe estar familiarizada con los diferentes fármacos que se pueden utilizar en los pacientes con intentos de suicidio. Normalmente se utilizan para tratar la

ansiedad en momentos de urgencia y como tratamiento para otras enfermedades mentales asociadas al paciente (esquizofrenia o depresión) (8,19,16,18,21,24) (ANEXO XIII).

En último lugar, al alta hospitalaria el paciente puede sentir una intensa ambivalencia afectiva, con sentimientos de alegría, temor o tristeza. El personal de enfermería debe mostrarle normalidad y validación en aquello que está sintiendo, además de ofrecerle una serie de recomendaciones al alta. Estas indicaciones incluyen el establecimiento de un plan de estrategia en caso de que los pensamientos de muerte vuelvan a aparecer, que incluya los signos y síntomas de recaída, cuándo ponerse en contacto con un especialista, e información sobre asociaciones y grupos de apoyo como líneas telefónicas y material de autoayuda (ANEXO XIV). Se aconseja que el paciente tenga una rutina con horarios y actividades diarias, además de retomar hobbies que mantenía anteriormente del intento que le resultaban agradables (19,33).

3. PREVENCIÓN TERCIARIA

Diversos estudios muestran que llevar a cabo un seguimiento telefónico periódico desde la consulta de enfermería de atención primaria, disminuye el número de recaídas e ingresos hospitalarios, especialmente entre los 12 y 24 meses posteriores. Esta estrategia consigue proporcionar asesoramiento y educación sanitaria, valorar el estatus emocional del paciente, manejar los síntomas y evaluar los signos de alarma. De esta manera, se proporciona al paciente una confianza que resulta en una mejor adherencia al tratamiento y asegura una mejor calidad de vida (15,20,25).

Además de lo anterior, es recomendable incluir a la familia en la planificación de intervenciones, informándoles sobre las señales de alarma y de cómo reconocerlas para que puedan estar atentos y anticiparse a las recaídas (11,16).

CONCLUSIONES

A pesar de que el suicidio es la primera causa de muerte no natural en España y que el intento de suicidio supera por 20 los suicidios consumados, se sigue sin depositar la importancia que merece en cuanto a su prevención, detección y tratamiento.

El personal de enfermería es considerado una figura relevante para la prevención y tratamiento del suicidio, ya que es quien más permanece en contacto con el paciente tanto en la consulta de atención primaria como en las unidades de hospitalización. Es por ello por lo que se debería de obtener el conocimiento necesario para detectar y tratar a este tipo de pacientes.

La prevención primaria del suicidio es clave en la detección de los posibles casos de ideación suicida mediante la valoración de los factores de riesgo. Casi un 80% de los artículos coincide en que el factor de riesgo que mejor indica un futuro suicidio es la tentativa de suicidio previa. La escala más utilizada que permite valorar el riesgo es *la escala de ideación suicida* (SSI).

En los casos de hospitalización, la valoración enfermera completa resulta la intervención más eficaz que proporcionará al paciente la seguridad necesaria. Por otro lado, proporcionar un espacio libre de riesgo mediante la retirada de objetos potencialmente peligrosos y aumentar la vigilancia también suponen intervenciones favorables para la protección del paciente. La terapia cognitivo – conductual junto con el mantenimiento de una buena relación terapéutica son las intervenciones que mayor mejora producen. Por ultimo, el seguimiento telefónico durante los meses posteriores resulta ser una medida eficaz en la prevención de las recaídas.

Se observa una escasez de protocolos para la prevención del suicidio a nivel nacional y a nivel local. Por ello se considera necesario el desarrollo de iniciativas y políticas de prevención que pongan en práctica la información actual para frenar la incidencia del suicidio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [9 de septiembre de 2019; citado el 7 de marzo de 2021]. Cada 40 segundos se suicida una persona. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2019-suicide-one-person-dies-every-40-seconds>
2. Fundación Española para la Prevención del Suicidio [Internet]. Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio [citado el 7 de marzo de 2021]. Observatorio del Suicidio en España 2018. Disponible en: <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2018/>
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [2 de septiembre de 2019; citado el 7 de marzo de 2021]. Suicidio. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
4. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [27 de marzo de 2019; citado el 7 de marzo de 2021]. María Luisa Carcedo: Hay que romper el silencio y hablar de suicidio para que deje de ser un problema oculto. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=4550>
5. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. España: Instituto Nacional de Estadística; 2018 [citado el 7 de marzo de 2021]. Defunciones por suicidios. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6181&capsel=6182>
6. Sorzano T, Arnedo I, Sanz F, Ramírez CA. Conducta suicida. Cuidados de enfermería para la prevención e intervención en crisis. Presencia. 2020; 16:1–7. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/p/e12659>
7. Otero H, Jiménez JM, Echávarri A, Díez G, Guerrero M, Alcover N et al. Suicidio. La epidemia silenciosa. Avivir [Internet]. 2013 [citado el 29 de marzo de 2021]; (250). Disponible en: <https://telefonodelaesperanza.org/revista-vivir>
8. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Guía de Práctica Clínica de

- Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2012. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/09/gpc_481_conducta_suicida_avaliat_resum_modif_2020_2.pdf
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009 - 2013. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2011 [citado el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
10. Ayuso JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V et al. Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. Rev Psiquiatr Salud Mental [Internet]. 2012 [citado el 29 de marzo de 2021]; 5(1):8-23. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf-S188898911200002X>
11. Carvajal G, Caro C. Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería. Av en Enfermería. 2012;30(3):102-17. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/73401/39968-182639-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Valle M. Propuesta de elaboración de un protocolo para la prevención del suicidio en una unidad de hospitalización breve de salud mental incluida en un hospital general. Av en salud Ment Relac [Internet]. 2012;11(3). Disponible en: <http://psiqui.com/1-7011>
13. Victorio A, Tomás L. Prevención de conductas suicidas en adolescentes, identificación de factores de riesgo. Metas Enferm. 2017;20(8):55-60. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81134/>
14. Caballero MJ, López O, Jiménez I, Sánchez FJ. Actuación ante pacientes con comportamiento suicida. HYGIA de Enfermería [Internet]. 2011;18(78):35-9. Disponible en:

- <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia78.pdf>
15. Sieso A, Fernández C, Zahíno V, Pardo E. Prevención del suicidio: diseño, implantación y valoración de un programa de seguimiento telefónico por la enfermera especialista de salud mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han cometido intento autolítico. *Biblias casas* [Internet]. 2012;8(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0625.pdf>
 16. Basaluzzo S, Benito O, Calvo M, Cantarero M, Cerezo I, Corredra MA et al. Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida. Andalucía: Área de Dirección de Organizaciones Sanitarias. Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. [citado el 29 de marzo de 2021]. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/RecomendacionesDPI_Conducta_Suicida.pdf
 17. Schultz JM, Videbeck SL. Conducta suicida. En: Martínez Moreno M, editor. *Enfermería psiquiátrica. Planes de cuidados*. 9ª edición. Ciudad de México: Manual Moderno; 2013. p. 179-187.
 18. Townsend MC. Trastornos del ánimo. En: de León Fraga J editor. *Fundamentos de enfermería en psiquiatría*. 4ª edición. Ciudad de México: McGraw Hill; 2009. p.332-378.
 19. Valente SM. Valoración del riesgo de suicidio en los pacientes. *Nurs (Ed española)*. 2010;28(8):26-30. Disponible en: <https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/gu%C3%ADas-sobre-conducta-suicida/gpc/>
 20. Tejedor C, Díaz A, Faus G, Pérez V, Solà I. Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2011 [citado el 29 de marzo de 2021]; 39(5):280-7. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/13/73/ESP/13-73-ESP-280-287-385438.pdf>
 21. Costa G, Schneider JF, Delgado VB, Barbosa L, Weiler DF, Lavall E. Nursing care for patients at risk of suicide. *Cienc Cuid Saude*. 2017;16(2). Disponible en: 10.4025/cienccuidsaude.v16i2.37182

22. Reyes J, Rodríguez E, Del Valle L. Plan de cuidados en Enfermería del Trabajo Caso práctico: trabajador con ideación suicida. Rev Enfermería del Trab. 2016;6(3):96–104. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5633042>
23. Jiménez J, Martín S, Navío M, Pacheco T, Pérez JL, Petersen G et al. Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Madrid: Comunidad de Madrid; 2010. Disponible en: <https://www.fsme.es/centro-de-documentación-sobre-conducta-suicida/qu%C3%ADas-sobre-conducta-suicida/madrid/>
24. Mosquera L. Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica. Rev Psicol Clínica con Niños y Adolesc. 2016;3(1):9–18. Disponible en: https://www.revistapcna.com/sites/default/files/mosquera_2016_revision_critica_conducta_suicida.pdf
25. García E. El papel de la Enfermera Especialista en Salud Mental en la prevención del suicidio, una necesidad fundamental. Cuid salud en iberoamérica [Internet]. 2018;14. Disponible en: <http://ciberindex.com/index.php/lc/article/view/e11718>
26. Organización Mundial de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2014. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/
27. Teléfono de la esperanza. Cómo prevenir y actuar ante el suicidio: guía para afectados, familiares, docentes y supervivientes. Madrid: Teléfono de la esperanza; 2019. Disponible en: <https://telefonodelaesperanza.org/assets/Guia%20del%20suicidio.pdf>
28. García R, Parra I, Palao D, López J, Saíz PA, García MP et al. Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores. Rev Psiquiatr Salud Mental [Internet]. 2012 [citado el 29 de marzo de 2021];5(1):24-36. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf-S1888989111001479>
29. Rodríguez JA, Moreno A. Orientaciones para el manejo de situaciones de intento de autolisis. Rev Inf Científica. 2013;78(2):19–23. Disponible en:

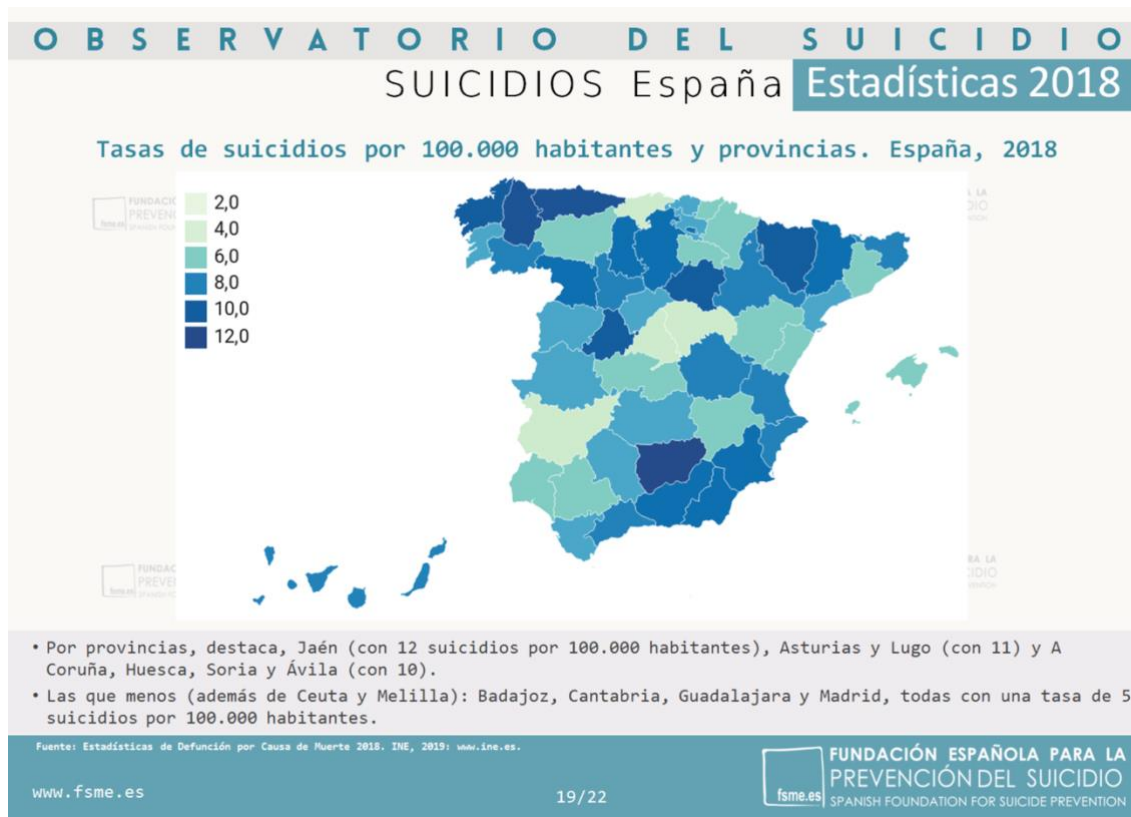
- <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia73.pdf>
30. Reijas T, Ferrer E, González A, Iglesias F. Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida. *Actas Españolas Psiquiatr* [Internet]. 2013;41(5):279–86. Disponible en: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/15/85/ESP/15-85-ESP-279-286-816367.pdf>
31. Gracial L, Matos JY, Benítez Coroneaux K, López N. Accionar de enfermería en el manejo de pacientes con conducta suicida. *Rev Inf Científica*. 2017;96(4):596–604. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinfcie/ric-2017/ric174a.pdf>
32. López O, Caballero MJ. Guía de actuación enfermera en las unidades de hospitalización de Salud Mental. *HYGIA de Enfermería*. 2015;11(90):70–4. Disponible en: <http://www.colegioenfermeriasevilla.es/wp-content/uploads/Hygia90.pdf>
33. Sánchez D, García A, Muela JA. Prevention, assessment and treatment of suicidal behavior. [Prevención, evaluación y tratamiento de la conducta suicida]. *An Psicol*. 2014;30(3):952–63. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/ap/v30n3/psicologia_clinica11.pdf
34. Garay M, Díaz A. Modelo de intervención en el abordaje del riesgo suicida desde enfermería. En: Ediciones Universitarias. *Depresión intento de autoeliminación: Aspectos conceptuales y herramientas para enfermería*. Uruguay: Comisión Sectorial de Educación Permanente; 2015. p. 91 – 97.
35. Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para el tratamiento del suicidio por los medios de comunicación: Manual de apoyo para sus profesionales. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020.
36. Rueda GE, Castro VA, AM, Moreno C, Martínez GA, Camacho PA. Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida. *Rev Psiquiatr Salud Ment* [Internet]. 2016. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental--286-pdf-S1888989116300921>
37. Prevensuic [Internet]. Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio [citado el 11 de marzo de 2021]. Consejos rápidos.

Disponible en: <https://www.prevensuic.org/tengo-ideas-suicidas/consejos-rápidos/>

38.Prevensuic [Internet]. Madrid: Fundación Española para la Prevención del Suicidio [citado el 11 de marzo de 2021]. Señales de alerta. Disponible en: <https://www.prevensuic.org/información/señales-de-alerta/>

ANEXOS

ANEXO I. Tasas de suicidios por 100.00 habitantes y provincias en España, 2018



Fuente: Fundación Española de prevención al suicidio (2)

ANEXO II. Resumen de la búsqueda bibliográfica

AUTORES	AÑO	TÍTULO	¿QUÉ ACTIVIDADES PUEDE REALIZAR ENFERMERÍA PARA PREVENIR EL SUICIDIO?	¿CUÁLES SON LOS CUIDADOS MÁS EFICACES DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN?	¿CÓMO PUEDE ENFERMERÍA EVITAR EL RIESGO AL ALTA?
Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad ⁴ .	2012	<i>Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida</i>	<p>Conocer los factores de riesgo: edad, sexo, enfermedad crónica, enfermedad mental, intento de suicidio previo, antecedentes familiares de suicidio, falta de apoyo social, maltrato físico o abuso sexual, desesperanza y rigidez cognitiva, abuso de sustancias tóxicas, nivel socioeconómico bajo, situación laboral.</p> <p>Conocer los factores protectores: habilidad en la resolución de conflictos, autoestima y confianza, habilidad en las relaciones sociales, apoyo sociofamiliar.</p> <p>Reconocer las señales de alarma: comentarios negativos sobre el futuro, despedidas verbales o escritas, amenazas sobre el suicidio, cambios repentinos de conducta, cerrar asuntos pendientes, aislamiento, recolección de información.</p> <p>Evitar los mitos.</p> <p>Campañas de sensibilización.</p> <p>Aplicar escalas: SSI, SAD PERSONS, BHS.</p>	<p>Valoración enfermera completa.</p> <p>Conocer los psicofármacos.</p>	
Sorzano T, Arnedo I, Sanz F, Ramírez CA ⁶ .	2020	<i>Conducta suicida. Cuidados de enfermería para la prevención e intervención en crisis</i>	<p>Conocer los factores de riesgo: enfermedad mental, intento previo de suicidio, pérdida de seres queridos, soledad, consumo de sustancias tóxicas.</p> <p>Conocer los factores protectores: resiliencia.</p>	<p>Valoración enfermera completa.</p> <p>Buena relación terapéutica.</p> <p>Terapia cognitivo – conductual.</p> <p>Terapia de resolución de problemas</p>	Seguimiento.
Ayuso JL, Baca-García E, Bobes J, Giner J, Giner L, Pérez V et al ¹⁰ .	2012	<i>Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España.</i>	<p>Conocer los factores de riesgo: estado civil, enfermedad crónica, enfermedad mental, intento de suicidio previo, maltrato físico o abusos sexuales, personalidad agresiva y hostil, abuso de sustancias tóxicas, desempleo.</p> <p>Conocer los factores de protección: habilidad en la resolución de conflictos, autoestima y confianza, estrategias de afrontamiento positivas, apoyo sociofamiliar, autocontrol emocional, optimismo, modo de vida saludable.</p> <p>Aplicar escalas: SSI, Plutchik, SAD PERSONS, BHS.</p>	<p>Terapia cognitivo – conductual.</p> <p>Conocer los psicofármacos.</p>	
Carvajal G, Caro C ¹¹ .	2012	<i>Familia y escuela: escenarios de prevención de la conducta suicida en adolescentes desde la disciplina de enfermería</i>	<p>Conocer los factores de riesgo: enfermedad mental, intento de suicidio previo, problemas familiares, abuso de sustancias tóxicas, abandono, aislamiento, estatus económico.</p> <p>Campañas de sensibilización.</p> <p>Evitar los mitos.</p>	<p>Valoración enfermera completa.</p> <p>Buena relación terapéutica.</p>	<p>Incluir a la familia.</p> <p>Conocer signos de recaída.</p>
Valle Neila M ¹² .	2013	<i>Propuesta de elaboración de un protocolo para la prevención del suicidio en una unidad de hospitalización breve de salud mental inducida en un hospital general</i>	<p>Conocer los factores de riesgo: enfermedad mental, intento previo de suicidio, agresividad e impulsividad.</p> <p>Aplicar escalas: SSI, Plutchik.</p>	<p>Buena relación terapéutica.</p> <p>Control ambiental.</p> <p>Animar a participar en actividades</p> <p>Conocer los psicofármacos.</p>	Seguimiento telefónico.
Victorio A, Tomás L ¹³ .	2017	<i>Prevención de conductas suicidas en adolescentes, identificación de factores de riesgo</i>	<p>Conocer los factores de riesgo: enfermedad mental, intento previo de suicidio, maltrato físico o abuso sexual, disfunción familiar, historia familiar de suicidio, desesperanza, consumo de sustancias tóxicas.</p>		
Caballero MJ, López O, Jiménez I, Sánchez FJ ¹⁴ .	2011	<i>Actuación ante pacientes con comportamiento suicida</i>	<p>Conocer los factores de riesgo: edad, sexo, estado civil, enfermedad crónica, enfermedad mental, bajo nivel socioeconómico, desempleo.</p> <p>Campañas de sensibilización.</p> <p>Evitar los mitos.</p>	<p>Valoración enfermera completa.</p> <p>Buena relación terapéutica.</p> <p>Control ambiental.</p>	
Sieso A, Fernández	2012	<i>Prevención del suicidio: diseño, implantación y valoración de un programa de</i>	<p>Conocer los factores de riesgo: edad, sexo, enfermedad mental, intento previo de suicidio.</p>	Buena relación terapéutica.	Seguimiento telefónico.

C, Zahino V, Pardo E ¹⁵ .		<i>seguimiento telefónico por la enfermera especialista de salud mental para disminuir el riesgo suicida en pacientes que han cometido intento autolítico</i>	Aplicar escalas: SSI.		
Basaluzzo S, Benito O, Calvo M, Cantarero M, Cerezo I, Corredera MA et al ¹⁶ .	2010	<i>Recomendaciones sobre la Detección, Prevención e Intervención de la Conducta Suicida</i>	Conocer los factores de riesgo: edad, estado civil, enfermedad crónica, enfermedad mental, maltrato físico o abusos sexuales, consumo de sustancias tóxicas, bajo estatus socioeconómico, bajo nivel educativo, migración, desempleo. Reconocer las señales de alarma: aislamiento. Campañas de sensibilización. Evitar los mitos. Aplicar escalas: SSI, BHS.	Valoración enfermera completa. Buena relación terapéutica. Control ambiental. Conocer los psicofármacos.	
Schultz JM, Videveck SL ¹⁷ .	2013	<i>Enfermería psiquiátrica. Planes de cuidados</i>		Valoración enfermera completa. Buena relación terapéutica. Control ambiental.	
Townsend MC ¹⁸ .	2009	<i>Fundamentos de enfermería en psiquiatría</i>	Conocer los factores de riesgo: edad, sexo, estado civil, enfermedad crónica, enfermedad mental, antecedentes familiares de suicidio, personalidad impulsiva o agresiva, aislamiento, desesperanza, abuso de sustancias tóxicas, estatus socioeconómico bajo. Conocer los factores protectores: buenas habilidades en las relaciones sociales, apoyo sociofamiliar. Evitar los mitos.	Valoración enfermera completa. Buena relación terapéutica. Control ambiental. Conocer los psicofármacos.	
Valente SM ¹⁹ .	2010	<i>Valoración del riesgo de suicidio en los pacientes</i>	Conocer los factores de riesgo: edad, estado civil, enfermedad crónica, enfermedad mental, intento de suicidio previo, abuso de sustancias tóxicas, desesperanza. Campañas de sensibilización. Evitar los mitos. Aplicar escalas: BHS.	Valoración enfermera completa. Buena relación terapéutica. Control ambiental.	Seguimiento telefónico. Contacto con grupos de apoyo social.
Tejedor C, Díaz A, Faus G, Pérez V, Solà I ²⁰ .	2011	<i>Resultados del programa de prevención de la conducta suicida. Distrito de la Dreta de l'Eixample de Barcelona</i>	Conocer los factores de riesgo: enfermedad mental, intento de suicidio previo.	Terapia cognitivo – conductual.	Seguimiento terapéutico.
Costa G, Schneider JF, Delgado VB, Barbosa L, Weiler DF, Lavall E ²¹ .	2017	<i>Nursing care for patients at risk of suicide</i>		Buena relación terapéutica.	
Reyes J, Rodríguez E, Del Valle L ²² .	2016	<i>Plan de cuidados en Enfermería del Trabajo. Caso práctico: trabajador con ideación suicida</i>	Conocer los factores de riesgo: estado civil, enfermedad mental, enfermedad crónica, intento previo de suicidio, maltrato físico o abuso sexual, antecedentes familiares de suicidio, pérdida de un ser querido, impulsividad, abuso de sustancias tóxicas, nivel socioeconómico bajo, problemas económicos o legales, desempleo. Aplicar escalas: Plutchik.	Valoración enfermera completa. Plan de cuidados individualizado. Buena relación terapéutica.	Involucrar a la familia.
Jiménez J, Martín S, Navio M, Pacheco T, Pérez JL, Petersen G et al ²³ .	2014	<i>Guía para la detección y prevención de la conducta suicida</i>	Conocer los factores de riesgo: enfermedad crónica, enfermedad mental, intentos de suicidio previos, maltrato físico o abuso sexual, antecedentes familiares de suicidio, pérdida de un ser querido, impulsividad, agresividad, abuso de sustancias tóxicas, desempleo, aislamiento social. Conocer los factores de protección: habilidad en la resolución de problemas, autoestima, buenas habilidades en las relaciones sociales, estrategias de afrontamiento positivas, apoyo sociofamiliar, cohesión de grupo, búsqueda de consejo y ayuda, receptividad. Reconocer las señales de alarma: comentarios negativos sobre el futuro, despedidas verbales o escritas, amenazas sobre el suicidio, cambios repentinos de conducta, cerrar asuntos pendientes, aparición de lesiones.	Buena relación terapéutica. Control ambiental. Incluir a la familia.	Involucrar a la familia.

			Evitar mitos.		
Mosquera L ²⁴ .	2016	<i>Conducta suicida en la infancia: Una revisión crítica</i>	<p>Conocer los factores de riesgo: sexo, enfermedad mental, intento de suicidio previo disfunción familiar, maltrato físico o abuso sexual, pérdida de un ser querido, impulsividad, agresividad, hostilidad, baja autestima, abuso de sustancias tóxicas, aislamiento social, acoso, fracaso escolar, bajo estatus económico.</p> <p>Conocer los factores protectores: habilidad en la resolución de problemas, autoestima, buenas habilidades en las relaciones sociales, estrategias de afrontamiento positivas, flexibilidad cognitiva, apoyo sociofamiliar, cohesión de grupo, autoconcepto positivo, autocontrol emocional.</p> <p>Campañas de sensibilización.</p> <p>Aplicar escalas: SSI, BHS.</p>	<p>Control ambiental.</p> <p>Conocer los psicofármacos.</p>	Conocer las líneas telefónicas de ayuda.
García E ²⁵ .	2018	<i>El papel de la Enfermera Especialista en Salud Mental en la prevención del suicidio, una necesidad fundamental</i>	<p>Conocer los factores de riesgo: enfermedad mental, intento de suicidio previo, maltrato físico o abuso sexual.</p> <p>Conocer los factores protectores: habilidad en la resolución de problemas, autoestima, buenas habilidades en las relaciones sociales, flexibilidad cognitiva.</p>	<p>Plan de cuidados individualizado.</p> <p>Buena relación terapéutica.</p>	<p>Seguimiento telefónico.</p> <p>Favorecer la adherencia al tratamiento.</p>
Organización Mundial de la Salud (OMS) ²⁶	2014	<i>Prevención del suicidio</i>	<p>Conocer los factores de riesgo: enfermedad crónica, enfermedad mental, intento previo de suicidio, maltrato físico o abuso sexual, pérdida de un ser querido, aislamiento, antecedentes familiares de suicidio, desesperanza, consumo de sustancias tóxicas, estrés.</p> <p>Promover los factores de protección: habilidad en la resolución de problemas, autoestima, estrategias de afrontamiento positivas, apoyo sociofamiliar, búsqueda de ayuda, estabilidad emocional, modo de vida saludable.</p>	Valoración enfermera completa.	<p>Seguimiento.</p> <p>Integrar a la familia.</p> <p>Apoyo comunitario.</p>
Teléfono de la esperanza ²⁷	2019	<i>Cómo prevenir y actuar ante el suicidio</i>	Conocer las señales de alerta: comentarios negativos sobre el futuro, despedidas verbales o escritas, amenazas sobre el suicidio, cambios repentinos de conducta, alternancias en el estado de ánimo, cerrar asuntos pendientes, aislamiento, recolección de información.		
García R, Parra I, Palao D, López J, Saiz PA, García MP et al ²⁸ .	2012	<i>Protocolo breve de evaluación del suicidio: fiabilidad interexaminadores.</i>	Aplicar escalas: SSI.		
Rodríguez JA, Moreno A ²⁹ .	2013	<i>Orientaciones para el manejo de situaciones de intento de autólisis</i>	Aplicar escalas: SAD PERSONS.	<p>Control ambiental.</p> <p>Conocer los psicofármacos.</p>	
Reijas T, Ferrer E, González A, Iglesias F ³⁰ .	2013	<i>Evaluación de un Programa de Intervención Intensiva en Conducta Suicida</i>		<p>Valoración enfermera completa.</p> <p>Plan de cuidados individualizado.</p>	Seguimiento telefónico.
Gracial L, Matos JY, Benítez K, López N ³¹ .	2017	<i>Accionar de enfermería en el manejo de pacientes con conducta suicida</i>		<p>Buena relación terapéutica.</p> <p>Control ambiental.</p> <p>Conocer los psicofármacos.</p>	
López O, Caballero MJ ³² .	2015	<i>Guía de actuación enfermera en las unidades de hospitalización de Salud Mental</i>		<p>Valoración enfermera completa.</p> <p>Control ambiental.</p> <p>Conocer los psicofármacos.</p>	
Sánchez D, García A, Muela JA ³³ .	2014	<i>Prevention, assessment and treatment of suicidal behavior.</i>	<p>Campañas de sensibilización.</p> <p>Aplicar escalas: BHS</p>	<p>Conocer los psicofármacos.</p> <p>Ayuda al finalizar la hospitalización.</p>	Conocer las líneas telefónicas de ayuda.

Fuente: elaboración propia

ANEXO III. Factores de riesgo

Factores biográficos	Factores psicológicos
<ul style="list-style-type: none">• Sexo masculino• Divorcio o viudedad• Presencia de enfermedades crónicas• Presencia de enfermedades de salud mental	<ul style="list-style-type: none">• Maltrato físico o abusos sexuales en la infancia• Personalidad impulsiva y agresiva• Baja autoestima• Labilidad emocional• Previas tentativas de suicidio
Factores socioeconómicos y ambientales	
<ul style="list-style-type: none">• Consumo de alcohol y drogas• Acceso a medios de suicidio• Baja situación económica• Problemas legales• Falta de apoyo socio – familiar• Antecedentes de suicidio familiar• Estrés laboral• Aislamiento• Pérdida de un ser querido	

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social (4); Caballero MJ, López O, Jiménez I, Sánchez FJ (14); Sieso A, Fernández C, Zahíno V, Pardo E (15); Basaluzzo S, Benito O, Calvo M, Cantarero M, Cerezo I, Corredera MA et al (16); Townsend MC (18); Valente SM (19); Tejedor C, Díaz A, Faus G, Pérez V, Solà I (20); Costa G, Schneider JF, Delgado VB, Barbosa L, Weiler DF, Lavall E (21); Reyes J, Rodríguez E, Del Valle L (22); Jiménez J, Martín S, Navío M, Pacheco T, Pérez JL, Petersen G et al (23); Mosquera L (24).

ANEXO IV. Ideación suicida, conducta suicida y suicidio consumado

IDEACIÓN SUICIDA	Pensamientos sobre el suicidio.
CONDUCTA SUICIDA	Conducta potencialmente lesiva y autoinflingida en la cual existe cierto grado de acabar con su vida.
SUICIDIO CONSUMADO	Conducta suicida con resultado fatal.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social (4)

ANEXO V. Señales de alerta

Señales verbales	Señales no verbales
<ul style="list-style-type: none">• Comentarios negativos sobre el futuro• Sentimientos de desesperanza y depresión• Despedidas verbales o escritas• Amenazas de suicidio	<ul style="list-style-type: none">• Repentinos cambios de conducta• Irritabilidad• Aumento en la ingesta de sustancias• Calma repentina• Alternancias en el estado de ánimo• Cerrar asuntos personales• Borrar cuentas de redes sociales• Pérdida de interés• Desarreglo personal• Recolección de información sobre métodos de suicidio• Aparición de lesiones

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social (4); Basaluzzo S, Benito O, Calvo M, Cantarero M, Cerezo I, Corredera MA et al (16); Jiménez J, Martín S, Navío M, Pacheco T, Pérez JL, Petersen G et al (23); Teléfono de la esperanza (27).

ANEXO VI. Mitos del suicidio

MITO	REALIDAD
El que se quiere matar no lo dice	8 de cada 10 personas que se suicidan expresaron sus intentos o se pusieron en contacto con algún personal sanitario.
Los suicidas son enfermos mentales	El suicidio es multicausal, padecer una enfermedad mental aumenta el riesgo de suicidio, pero no es necesario padecerla para suicidarse ya que el suicidio está más relacionado con la existencia de un gran sufrimiento emocional.
El suicidio no se puede prevenir porque es un impulso	Toma un tiempo desde que la persona se suicida hasta que lo hace y, en el transcurso pueden aparecer determinadas señales de alarma. Solo un escaso número de suicidios ocurre sin previo aviso.
Preguntar a una persona sobre sus intenciones de matarse incrementa el peligro que lo realice.	Preguntar y permitir que una persona exprese sus ideas suicidas sin ser juzgado ayuda aliviar la tensión y a reducir el riesgo.
El suicida desea morir	La persona suicida está ambivalente; están indecisas entre la vida y la muerte.
Los que intenta el suicidio no desean morir, sólo quieren llamar la atención	La mayoría de las personas que realizan intentos de suicidio se encuentran en un insoportable sufrimiento emocional y el suicidio es la única solución que ven.

El suicidio se hereda	No existen estudios genéticos que apoyen este mito, pero si que es cierto que una persona que ha vivido un suicidio de un allegado tiene más posibilidades de valorar una conducta suicida.
Si se reta a un suicida no lo realiza	La vulnerabilidad de la persona es ese momento es máxima por tanto retarla solo puede aumentar y empeorar la conducta suicida.
Un intento de suicidio previo reduce las posibilidades futuras de riesgo de suicidio	Los intentos de suicidio previos son factores de riesgo para llegar a consumir el suicidio.
El que intenta el suicidio es un cobarde/valiente	Las personas que se suicidan mueren por un gran profundo dolor emocional, no es correcto asociar esto a un mal comportamiento o a un comportamiento que debe ser imitado.
Solo los pobres se suicidan	No existen diferencias significativas entre los niveles sociales y el riesgo de suicidio.
El que intenta suicidarse una vez, nunca parara de intentarlo	Los pensamientos suicidas pueden aparecer a lo largo del tiempo, pero generalmente cesan una vez superada la crisis.

Fuente: Caballero MJ, López O, Jiménez I, Sánchez FJ (14); Valente SM (19); Jiménez J, Martín S, Navío M, Pacheco T, Pérez JL, Petersen G et al (23); Teléfono de la esperanza (27); Garay M, Díaz A (34); Ministerio de Sanidad (35).

ANEXO VII. Escala de ideación suicida (SSI)

1. Deseo de vivir
0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. Deseo de morir
0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. Razones para vivir/morir
0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. Deseo de intentar activamente el suicidio
0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. Deseos pasivos de suicidio
0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. Dimensión temporal de la duración del deseo suicida
0. Breve, períodos pasajeros 1. Por amplios períodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. Dimensión temporal de la frecuencia del deseo suicida
0. Raro, ocasional

<ul style="list-style-type: none"> 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. Actitud hacia la ideación suicida
<ul style="list-style-type: none"> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. Control sobre la actividad suicida o deseo de <i>acting out</i>
<ul style="list-style-type: none"> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. Disuasivos para un intento activo (familia)
<ul style="list-style-type: none"> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. Razones para el intento contemplado
<ul style="list-style-type: none"> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. Método. Especificidad y planificación del intento contemplado
<ul style="list-style-type: none"> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. Método. Accesibilidad y oportunidad para el intento contemplado
<ul style="list-style-type: none"> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto
14. Sentido de la "capacidad" para llevar a cabo el intento

<ul style="list-style-type: none"> 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente 1. Inseguridad sobre su valor 2. Seguro de su valor, capacidad
15.Expectativas del intento actual
<ul style="list-style-type: none"> 0. No 1. Incierto 2. Sí
16.Preparación actual para el intento actual
<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.) 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
17.Nota suicida
<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguna 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada 2. Nota terminada
18.Actos finales en anticipación de la muerte (Testamento, póliza de seguro)
<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
19.Engaño o encubrimiento del intento contemplado
<ul style="list-style-type: none"> 0. Reveló las ideas abiertamente 1. Frenó lo que estaba expresando 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

La escala SSI consta de 19 ítems puntuables que se valoran en una escala de 3 puntos entre 0 y 2.

Los distintos ítems se distribuyen en los siguientes 4 apartados:

- Actitud hacia la vida / muerte (ítems 1 a 5)
- Características de la ideación o del deseo de muerte (ítems 6 a 11)
- Características del intento planeado (ítems 12 a 15)
- Actualización de la tentativa (ítems 16 a 19)

Además, se añaden 2 ítems al final que valoran los antecedentes de intentos de suicidio previos. Estos dos ítems son meramente descriptivos, no aportan puntuación al resultado final. La puntuación total oscila entre los 0 y 38 puntos siendo, a mayor puntuación mayor gravedad, pero se considera que una puntuación mayor o igual a 10 indica que el paciente tiene riesgo de cometer suicidio.

Fuente: Sieso A, Fernández C, Zahíno V, Pardo E (15); García R, Parra I, Palao D, López J, Saíz PA, García MP et al (28).

ANEXO VIII. Escala de desesperanza de Beck (BHS)

	Verdadero (1)	Falso (0)
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo		
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo		
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así		
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años		
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.		
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar		
7. Mi futuro me parece oscuro		
8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio		
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro		
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro		
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable		

12.No espero conseguir lo que realmente deseo		
13.Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora		
14.Las cosas no marchan como yo quisiera		
15.Tengo una gran confianza en el futuro		
16.Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa		
17.Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro		
18.El futuro me parece vago e incierto		
19.Espero más bien épocas buenas que malas		
20.No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré		

La BHS consta de 20 ítems que se responder con Verdadero/Falso, cada respuesta positiva se puntúa con 1 y la negativa con un 0. La puntuación total varía entre 0 y 20. Se considera que, a partir de 9, el paciente ya tiene riesgo de suicidio.

Fuente: Rueda GE, Castro VA, Rangel AM, Moreno C, Martinez GA, Camacho PA (36).

ANEXO IX. Escala Plutchik

	SI (1)	NO (0)
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre si mismo?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con mas pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que solo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido ahora?		
10.¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11.¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12.¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13.¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14.¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15.¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		

La escala de Plutchik es un cuestionario autoaplicado que posee 15 preguntas que se contestan con SI/NO, contando 1 punto las respuestas afirmativas y 0 las negativas. El total se consigue sumando todas las respuestas afirmativas. Se considera que existe riesgo a partir de 6 puntos, aunque a mayor puntuación se obtenga mayor riesgo existe

Fuente: Valle M (12); Reyes J, Rodríguez E, Del Valle L (22).

ANEXO X. Escala SAD PERSONS

		SI (1)	NO (0)
S	Sexo masculino		
A	Age. Edad menor de 25 o mayor de 45		
D	Depresión		
P	Previas tentativas de suicidio		
E	Etanol. Alcoholismo		
R	Raciocino. Psicosis o trastornos cognitivos		
S	Social. Falta de apoyo social		
O	Organización. Plan organizado de suicidio		
N	No pareja		
S	Somática. Enfermedad somática		
PUNTUACIÓN			

Evalúa factores relacionados con el suicidio. Los factores que se encuentran presentes se puntúan 1 y los ausentes 0. La puntuación total se consigue sumando todos los puntos. Una puntuación por debajo de 2 indica un bajo riesgo de suicidio por lo que se recomienda un seguimiento ambulatorio. Entre 3 y 4 el riesgo es moderado y se debe considerar el ingreso hospitalario. Una puntuación entre 5 y 6 significa un riesgo alto y se recomienda el ingreso, sobre todo si hay ausencia de apoyo social. A partir de 7 el riesgo es muy alto, siendo el ingreso obligado, incluso involuntario. El uso de esta escala es sencillo y no necesita de entrenamiento.

Fuente: Rodríguez JA, Moreno A (29)

ANEXO XI. Como y que preguntar ante un paciente con intento de suicidio

CÓMO PREGUNTAR

- ¿Se siente infeliz?
- ¿Se siente desesperado?
- ¿Se siente incapaz de enfrentar cada día?
- ¿Siente la vida como una carga?
- ¿Siente que la vida no merece vivirse?
- ¿Siente deseos de suicidarse?

CUANDO PREGUNTAR

- Tras el establecimiento de una comunicación empática
- Cuando el paciente se siente comodo expresando sus sentimientos

QUÉ PREGUNTAR

- ¿Alguna vez ha realizado planes para acabar con su vida?
- ¿Tiene alguna idea de cómo lo haría?
- ¿Tiene pastillas, algún arma o algo similar?
- ¿Ha decidido cuando va a llevar a cabo el plan de acabar con su vida?
- ¿Cuándo lo va a hacer?

Fuente: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social (4)

ANEXO XII. Qué hacer y qué no hacer para mantener una buena relación terapéutica

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
<ul style="list-style-type: none">• Preguntar directamente por el suicidio e intentos pasados• Animarle a expresar sus sentimientos• Mantener una comunicación directa, abierta y honesta con el paciente.• Pactar un contrato de no suicidio• Tomar en serio todo lo que dice• Escucha activa• Mostrar empatía, apoyo y preocupación• Eliminar todos los medios potencialmente peligrosos• Permanecer con la persona• Comunicar a la familia del riesgo	<ul style="list-style-type: none">• Desafiar o retar al paciente• Tratar con ligereza cualquier amenaza• Reprimir al paciente• Juzgar y comparar• Dar soluciones simplistas• Ignorar la situación• Jurar guardar lo que diga en secreto• Dejar solo al paciente• No tratar convencer al paciente de lo inadecuado de su conducta• Dejarse influir por el pesimismo del paciente

Fuente: Organización Mundial de la Salud (3), Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social (4).

ANEXO XIII. Fármacos más utilizados en psiquiatría

CLASIFICACIÓN DE LOS PSICOFÁRMACOS	
Antidepresivos	Ansiolíticos e hipnóticos
<ul style="list-style-type: none">• Paroxetina (Frosinor)• Imipramina• Clomipramina• Amitriptilina (Tryptizol)• Fluoxetina (Prozac)• Paroxetina• Sertralina• Escitalopram• Mirtazapina (Rexer)• Venlafaxina (Dobupal, Vandral)• Desvenlafaxina• Trazodona (Deprax)	<ul style="list-style-type: none">• Lorazepam• Lormertazepam• Diazepam• Alprazolam• Midazolam• Clonazepam• Clorazepato dipotásico• Zolpidem
	Antipsicóticos
Estabilizadores del ánimo	<ul style="list-style-type: none">• Haloperidol• Clorpromazina• Levomepromazina• Flufenazina decaneato• Zuclopentixol• Clozapina• Olanzapina• Risperidona• Quetiapina• Amisulpirida• Aripiprazol• Ziprasidona• Paliperidona• Tiaprida• Sulpirida

Fuente: Caballero MJ, López O, Jiménez I, Sánchez FJ (14)

ANEXO XIV. Tríptico informativo al alta

	ENLACES DE INTERÉS	TELÉFONOS DE CONTACTO
<p>PIDE AYUDA, NO ESTAS SOL@</p> 	<p>Asociación para la Prevención del Suicidio y la Atención al Superviviente: http://www.apsas.org/es/</p> <p>Fundación Española para la Prevención del Suicidio: https://www.fsme.es</p> <p>Teléfono de la Esperanza: https://telefonodelaesperanza.org</p> <p>Asociación de Trastornos Depresivos de Aragón: http://www.asociacionafda.com</p> <p>APP PARA PREVENIR EL SUICIDIO: PREVENSUIC</p>	<p>Emergencias sanitarias: 112</p> <p>Teléfono de la Esperanza: 914 590 055</p> <p>Teléfono de la Esperanza Aragón: 976 232 828</p>  <p>Teléfono de la esperanza</p>
<p>CONSEJOS EN MOMENTOS DE CRISIS</p> <ul style="list-style-type: none">• No decidas nada ahora. Tómate un tiempo.• Las cosas cambian y mejoran, no consideres una solución definitiva para un problema temporal.• No consumas tóxicos.• Mantén el tratamiento.• No te acerques a medios que pueden hacer daño.• Busca compañía. 	<p>SIGNOS Y SÍNTOMAS DE RECAÍDA</p> <ul style="list-style-type: none">• Sentimientos de desesperación, desesperanza.• Pérdida de interés sobre la vida.• Sentimientos de frustración o fracaso.• Sentimientos de vergüenza, culpabilidad, inutilidad e impotencia.• Temor a "perder el control"• Cambios de humor• Irritabilidad• Depresión• Aislamiento socio - familiar• Aumento en el consumo de tóxicos• Despreocupación por la imagen personal• Desinterés por el trabajo• Redacción de notas de despedida• Pérdida de sueño o aumento de sueño• Acciones temerarias	<p>EL SUICIDIO</p> <p>Más de 800.000 personas se suicidan cada año; 1 cada 40 segundos en el mundo.</p> <p>El suicidio es un grave problema de salud pública; no obstante, es PREVENIBLE.</p> 

Fuente: Organización Mundial de la Salud (1); Fundación Española para la prevención del suicidio (37); Fundación Española para la prevención del suicidio (38).

